

平成 年 月 日

薩摩川内市長 岩切 秀雄 様

〒

申請者 住 所

氏 名

㊟

不妊治療費助成申請書

薩摩川内市不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

なお、助成申請にあたり、住民基本台帳等の審査に必要な資料を、薩摩川内市の職員が閲覧することを承諾します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫		昭和 平成	年 月 日生 (歳)
妻		昭和 平成	年 月 日生 (歳)
住 所	電 話		
給付を受けようとする助成額			
申請受理 年 月 日	平成 年 月 日	(承認・不承認) 決 定 年 月 日	平成 年 月 日

- (添付書類)
- 1 不妊治療受診等証明書
 - 2 市税等の完納証明書(夫婦ともに必要)
 - 3 保険証のコピー(夫婦ともに必要)
 - 4 領収書のコピー(助成対象期間のもの)

振込先

金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店・支所 出張所・代理店
預 金 種 別	普通 ・ 当座	
口 座 番 号		
フリガナ 口 座 名 義 人		

